

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 26 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 73 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-575731

N° D: 44667

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAKIM  
 Date de naissance : 16/04/1952  
 Adresse : 103, RUE ALI ABDELLAH  
 CA SABBANCA  
 Tél : 0661973427 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 20/10/2020  
 Nom et prénom du malade : MEGZARI ABDELHAKIM Age : 68 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Infarctus  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                                                 |                    |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                                 | Date               | Montant de la Facture |
| <b>Pharmacie EL AMANT VERT</b><br><b>BOUZUBAA (SARL)</b><br><b>BOUZUBAA</b><br><b>Mr. Mohdi BOUZUBAA</b><br><b>58 - Casablanca</b><br><b>GH3</b><br><b>05 22 69 78 37</b> | 20/10/20           | 445,50                |
|                                                                                                                                                                           | 01/10/20           | 129,00                |
|                                                                                                                                                                           | 20/10/20           | 6174,10               |
|                                                                                                                                                                           | <b>T = 6748,60</b> |                       |

[illegible]

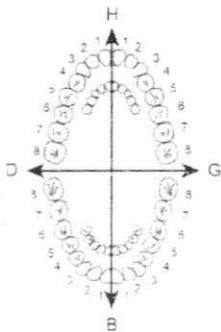
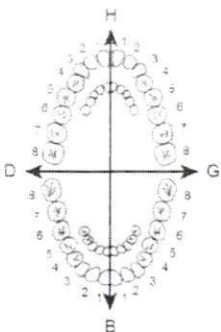
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>                                           | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000         </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/>           21433552<br/>           00000000         </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b><br/>           00000000<br/>           35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b><br/>           00000000<br/>           11433553         </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 20/10/2020

M. ABDELHAMID MEGZARI

51,00 x 2  
78,00  
= 159,00

1) TANGANIL 500MG BT/ 30 CP

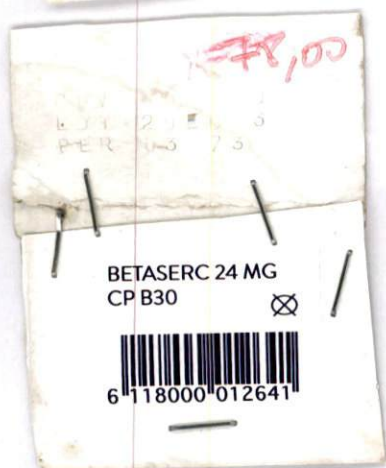
Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 15 jours

2) BETASERC

1 le matin et le soir, pendant 15 jours

Professeur Ahmed BENNIS  
spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI IASS - MAARIF  
CASABLANCA  
25 30

Pharmacie DIAMANT VERT  
BY BOUZOUBAA (SARL)  
Dr. Mehdi BOUZOUBAA  
Rahma GH3 N° 58 - Casablanca  
Tél: 05 22 69 78 37



98 Angle Rue Kadi lass et Rue Abou Salt Andaloussi ( Prés de la commune urbaine du Maârif)

Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 0661321866

Patente : 35760852 - Mail : ahmedbennis7@gmail.com



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 20/10/2020

M. ABDELHAMID MEGZARI



### 1) UPERIO 200 MG

1/2 le matin et le soir, pendant 3 mois

### 2) CARDENSIEL 5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

### 3) INSPRA 50 MG

1 le matin, pendant 3 mois

### 4) ESAC 20

1 le matin, avant le repas, pendant 3 mois

### 5) TAHOR 20

1 le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

### 6) FORXIGA 10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

### 7) KARDEGIC 75

1 à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI IASS - MAARIF  
CASABLANCA  
25 38

Pharmacie DIAMANT VERT  
BY BOUZOUBAA (SARL)  
Dr. Mehdi BOUZOUBAA  
Rahma GH3 N° 58 - Casablanca  
Tél: 05 22 69 78 37

98 Angle Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt Andaloussi ( Près de la commune urbaine du Maârif)

Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 0661321866

Patente : 35760852 - Mail : ahmedbennis7@gmail.com

UPHRA 200mg x2 FORXIGA 10mg x2

CARDANSIEL 5mg

NOVARTIS  
PPV : 810,00 DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 563,00 DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 563,00 DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 563,00 DH

6 118001 100873

6 118001 031733

المعنى والمحزور

المعنى

Cardansiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

NOVARTIS  
PPV : 810,00 DH

6 118001 031733

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 563,00 DH

المعنى والم

6 118001 100873

Cardansiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

KARDECIG®  
75mg

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH

KARDECIG®  
75mg

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH

KARDECIG®  
75mg

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH

6 118001 100873

Cardansiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

INSPIRA 50mg x2

ESAC 20mg x3

30 comprimés pelliculés  
inspra 50 mg  
P.P.V : 396DH00  
6 118001 171705

TAHOR 20mg x3

ESAC 20 mg  
28 gélules  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 241898

30 comprimés pelliculés  
inspra 50 mg  
P.P.V : 396DH00  
6 118001 171705

Laboratoires  
Pfizer S.A.  
TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40  
6 118000 250807

ESAC 20 mg  
28 gélules  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 241898

Laboratoires  
Pfizer S.A.  
TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40  
6 118000 250807



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 20/10/2020

M. ABDELHAMID MEGZARI

49,60x2  
95,00  
3) D-CURE FORTE

1 ampoule 100.000 UI dans un verre de lait chaque 15 jours pendant deux mois

95,00  
14,80x3  
4) EXTRAMAG

31 le matin, au cours du repas, pendant 1 mois

209,00  
5) VITAMINE C 1000 B/20 GALENICA

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 1 mois

4) ZINASKEN BT/20 CP EFPE

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 1 mois

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI IAÏSS - MAARIF  
CASABLANCA  
27 30

Pharmacie DIAMANT VERT  
BY BOUZOUBAA (SARL)  
Dr. Mehdi BOUZOUBAA  
Rahma G13 N° 58 - Casablanca  
Tél: 05 22 69 78 37



Rue Abou Salt Andaloussi (Prés de la com  
Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mob  
Patente : 35760852 - Mail : ahmedbennis7@gmail

MEGZARI ABDELHAMID

Né(e) le 16.04.1942  
Age 78 ans  
Sexe Masculin  
Taille cm  
Poids kg  
Origine  
PA 110/71 mmHg  
Remarque

FC 56/min

Intervalles

RR 1075 ms  
P 140 ms  
PR 180 ms  
QRS 96 ms  
QT 436 ms  
QTc 423 ms  
(Bazett)

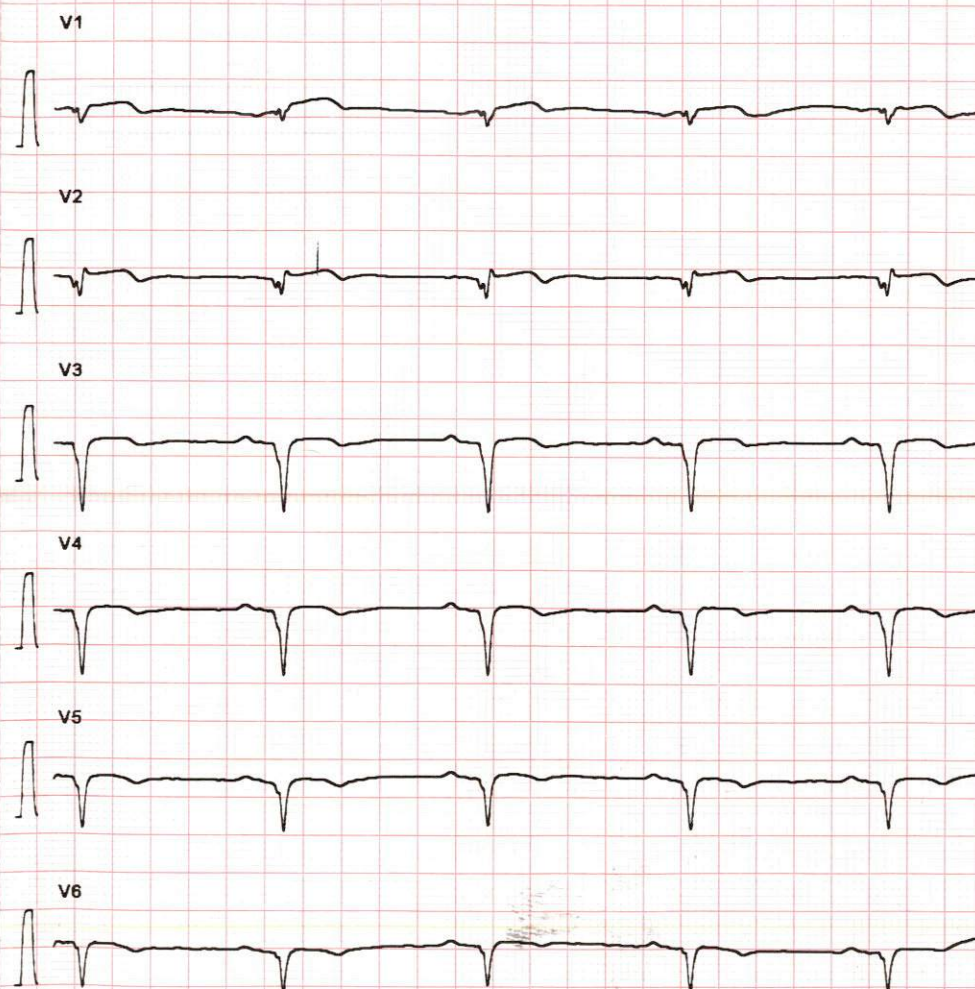
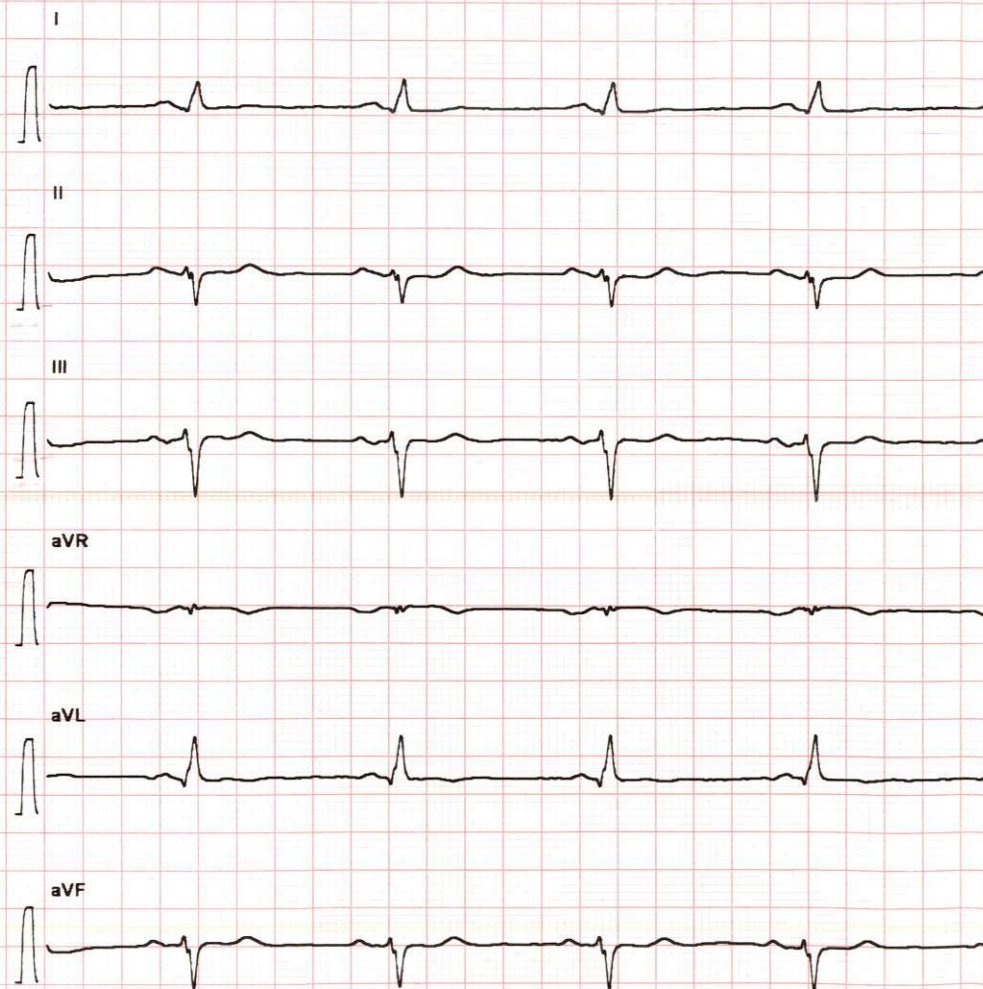
Axes

P 40 °  
QRS -56 °  
T 83 °

P (II) 0.09 mV  
S (V1) -0.22 mV  
R (V5) - mV  
Sokol. 0.22 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION HYPERGAUCHE, QRS(T)  
MODIFIÉ, INFARCTUS ANTER., AGE INDETERMINE

RI6.02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s